

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 112

LE
SARCOME DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jacques-Émile BEAUMONT

Né à GEAUNE (Landes), le 28 juillet 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur	Président.
		LAGRANGE, professeur	{ Juges.
		TEULIÈRES, agrégé	
		LOUBAT, chargé de cours	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 112

LE
SARCOME DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jacques-Émile BEAUMONT

Né à GEAUNE (Landes), le 28 juillet 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ROCHER, professeur	Président.
		LAGRANGE, professeur	{ Juges.
		TEULIÈRES, agrégé	
		LOUBAT, chargé de cours . . .	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. .	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	GRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants. .	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie.	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. .	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales .	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

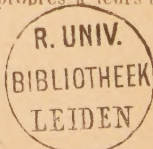
	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	N.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	CREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. . MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie CHARRIER. || Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie | LOUBAT. |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle | GOURDON. |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Modeste témoignage d'affection et de
reconnaissance infinies.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUBAT

*Chargé du cours complémentaire de pathologie externe et de petite chirurgie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Respectueux hommage.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Membre des Sociétés française et italienne d'orthopédie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de toute notre gratitude pour le très grand
honneur qu'il nous fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse.

LE SARCOME DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Etant donnée la richesse de l'organisme en tissu conjonctif, tissu dans lequel se développe le sarcome en général, la constatation de cette néoplasie ne constitue pas une rareté clinique. Il existe cependant certains organes privilégiés, qui donnent peu souvent naissance à cette affection. La langue se place à leur tout premier rang, et la première observation connue de sarcome de la langue ne remonte qu'à 1864, c'est-à-dire à une soixantaine d'années.

En France, un important ouvrage de Marion, très complet, paru en 1897, dans la *Revue de Chirurgie*, a attiré l'attention sur cette lésion. Avant lui, les classiques n'en faisaient pas mention, ou bien ne lui accordaient que quelques lignes pour signaler son peu de fréquence, mais sans jamais en esquisser le moindre tableau clinique.

Depuis, d'autres travaux, peu nombreux, ont été publiés, surtout à l'étranger, apportant quelques modifications de détails.

La rareté de cette affection nous a incité à reprendre cette question qui, depuis longtemps, à notre connaissance, n'a pas

été l'objet de recherches spéciales. Nous essayerons, à la lumière d'un plus grand nombre d'observations recueillies, d'apporter quelques précisions sur ce sujet, et nous nous efforcerons de mettre en relief, dans un chapitre spécial, un point particulier dont l'étude séparée n'a pas encore été faite : celui des sarcomes congénitaux.

Mais avant de commencer notre sujet, il nous est un devoir agréable à accomplir, celui de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et en particulier M. le docteur Loubat, qui nous a inspiré ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour le précieux et clair enseignement dont il nous a fait bénéficier au cours de nos études, et pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service.

HISTORIQUE

Le premier cas de sarcome de la langue a été publié par Fiedler, en 1864. Jusqu'à cette époque-là, cette affection ne faisait pas partie de la littérature chirurgicale. On pouvait croire par la suite à une publication beaucoup plus abondante d'observations de cette lésion. L'anatomie pathologique, encore peu connue, allait être interrogée davantage de jour en jour, et devenir un auxiliaire précieux pour la différenciation de cette affection avec les autres tumeurs de la langue. L'attention du clinicien mise en éveil, en l'absence de signe pathognomonique suffisamment précis, l'examen microscopique allait supprimer le plus souvent l'hésitation diagnostique. Telles étaient les suppositions qu'il était permis de faire. Mais un relevé des observations parues jusqu'à ce jour ne nous a permis de collationner que 75 cas. Il détruit donc toutes ces prévisions et démontre la réelle rareté de cette localisation sarcomateuse.

Le nombre d'ouvrages traitant de ce sujet est très restreint. Nous avons déjà parlé de celui de Marion. Cet auteur a groupé 24 sarcomes de la langue, et d'après eux, a fait une description à peu près complète de cette affection.

L'année 1902-1903 voit paraître la publication de deux thèses : l'une à Lille, celle de Leleux, contenant deux observations de plus; l'autre à Paris, celle de Chanu, signalant six nouveaux cas.

A l'étranger, avant 1897, Marion nous dit avoir connaissance de deux mémoires essayant de donner une vue d'ensemble sur la question. Le premier, celui de Targett (1890) est né du groupement de 11 observations; le deuxième, celui de Max

Scheier (1892), plus complet, rapporte 18 cas dont l'authenticité de certains est mise en doute par l'auteur lui-même.

Après 1897, divers auteurs, à l'occasion de l'opération d'une de ces tumeurs, ont publié leur observation, appuyée de quelques recherches bibliographiques. Suivant la valeur de ces dernières, le nombre de cas relevés par chacun d'eux est plus ou moins conséquent. En Amérique, en 1902, l'*American Journal Medical Sciences* donne un mémoire de Shambough sur 9 sarcomes de la langue; dans le même journal, en 1911, un travail plus fouillé de Milton Foote en groupe une cinquantaine, et en 1915, Coughlin en étudie 53 cas dans un ouvrage du *Journal Am. M. Ass.*

Au Danemark, Baastrup, en 1912, n'a retrouvé que 39 cas (*Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*).

En Allemagne, enfin, dans la thèse de Kohl, éditée à Bonn, 42 observations sont rassemblées, et en 1915, dans le *Beiträge Zur Klinischen Chirurgie*, l'article très important de Betke, groupait 58 observations, c'est-à-dire presque toutes celles qui avaient été publiées jusqu'à cette époque. Certaines lui avaient pourtant échappé, puisque personnellement nous en avons trouvé 67 jusqu'en 1915.

Voici d'ailleurs le résultat de nos recherches bibliographiques : jusqu'en 1897, nous relevons 39 sarcomes de la langue (15 d'entre eux n'ont pas été signalés par Marion), de 1897 à 1915, date des derniers travaux sur la question, 30 cas; depuis cette époque, 6 autres nouveaux cas, soit un total de 75. Nous en donnerons un résumé, et publierons tout au long le cas très intéressant de tumeur congénitale opérée depuis déjà plus de deux ans et demi par M. le docteur Loubat.

ETIOLOGIE

L'étiologie propre du sarcome de la langue, comme celle de toutes les autres tumeurs malignes, nous est totalement inconnue. Reconnaît-il à son origine une cause ordinaire de dégénérescence, tels les noevi ou les papillomes à la surface de la peau? Est-il dû à une altération congénitale? Ou bien, hypothèse plus séduisante, une infection est-elle génératrice de telles lésions? Nous ne nous attarderons pas à discuter ces diverses théories, encore trop obscures à l'heure actuelle. Nous nous bornerons à étudier dans ce chapitre l'influence que peuvent avoir les autres facteurs étiologiques.

Fréquence. — Nous avons déjà signalé le peu de fréquence de cette localisation. C'est à peine s'il en est publié quelques cas dans une année, et rares sont les praticiens qui en ont observé plusieurs dans leur carrière. Cependant, il faut le reconnaître, certains ont pu passer inaperçus : les uns diagnostiqués et opérés comme tumeurs bénignes, les autres comme carcinomes. Le fait est possible, probable même. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là d'une lésion exceptionnelle.

Hérédité. — L'hérédité, actuellement recherchée avec tant de soin dans les antécédents des sujets porteurs de tumeurs malignes, ne semble pas ici jouer un rôle bien déterminant. L'oncle de la jeune malade à laquelle le Dr Mandillon a donné ses soins, avait été opéré d'un sarcome de la cuisse. Il s'agissait donc là d'hérédité similaire mais collatérale. Chez leur malade, Fripp et Swan ont noté une hérédité hétérogène. La grand'mère était morte cancéreuse. Il en est de même de la petite malade opérée par M. le docteur Loubat. Deux cas de cancers sont relevés dans les ascendants maternels. Ce sont là les trois seules mentions faites sur ce point.

La *profession* et la *nationalité* ne présentent rien de particulier à mettre en relief. Le sarcome de la langue n'est pas l'apanage d'une classe de la société ni d'un corps de métier. Il en est décrit en Amérique et dans plusieurs pays d'Europe.

Traumatisme. — Le traumatisme est un facteur plus intéressant à examiner. Il est classique de le mentionner dans l'étiologie du sarcome. On voit souvent, en effet, un malade atteint d'un volumineux ostéo-sarcome de la cuisse par exemple, faire remonter le début de sa lésion à une époque où cette région a été le siège d'un choc violent. Ce facteur joue-t-il dans le cas qui nous occupe ? Des dents cariées peuvent-elles, par leur action irritante, exercer un rôle d'appel ? Le fait n'est pas élucidé. Une mauvaise denture est signalée dans un assez grand nombre d'observations. Mais si, quelquefois, on peut voir là une relation de cause à effet, le plus souvent, semble-t-il, la muqueuse linguale n'est blessée que secondairement, quelque temps après l'apparition de la tumeur jusqu'alors passée inaperçue. Le caractère propre de beaucoup de tumeurs est de rester longtemps indolentes, et de ne se signaler à leur porteur que tout à fait fortuitement. Pour le sarcome de la langue il en est ainsi la plupart du temps. L'imprécision des mouvements de l'organe, un des premiers symptômes en date, sera la cause de morsures répétées de la tumeur et d'ulcérations consécutives. Aussi, le patient qui n'avait pas connaissance de sa lésion en fera remonter l'origine au traumatisme.

Quelle est l'influence de l'*alcool* et du *tabac* ? Minime, fort probablement. Dunham et Fisk nous apprennent que leurs malades étaient de grands fumeurs. Mais ils ne paraissent pas attribuer à ce fait une grosse valeur.

Sexe. — Plus importante est l'étude du facteur sexe. Si Marion n'a trouvé, sur 21 cas, qu'une proportion négligeable en faveur du sexe masculin (12 contre 9); si plus tard, en 1902, Shambough a pu dire que « la fréquence est égale dans l'un et l'autre sexe », nous voyons déjà, en 1915, Coughlin porter des conclusions différentes. Pour lui, la prédominance du sexe masculin est beaucoup plus accentuée et se traduit par les

chiffres suivants : sur 53 cas, il y a 33 hommes, soit 62,2 %, et 20 femmes, soit 37,7 %. Aujourd'hui, sur 65 cas, nous trouvons sensiblement le même pourcentage : 41 hommes (63 %), 24 femmes (36,9 %). Bien que cette proportion soit beaucoup moins élevée que pour l'épithélioma, elle est cependant digne d'entrer en considération.

Age. — En ce qui concerne l'âge, il est des remarques curieuses à faire. Les sujets jeunes payent un tribut particulièrement lourd à cette lésion. A partir de 40 ans, le nombre de gens atteints décroît sensiblement. On peut en juger par le tableau résultant des 65 cas où l'âge est donné :

De la naissance à 10 ans : 12 cas dont 7 congénitaux (18,4 %);
de 11 ans à 20 ans : 10 cas (15,3 %);
de 21 ans à 30 ans : 9 cas (13,8 %);
de 31 ans à 40 ans : 14 cas (21,5 %);
de 41 ans à 50 ans : 5 cas (7,7 %);
de 51 ans à 60 ans : 8 cas (12,4 %);
après 60 ans : 7 cas (10,7 %);

Donc, jusqu'à 40 ans, 45 cas : Après 40 ans, 20 cas. Comme pour les autres sarcomes, le maximum de fréquence est donc atteint entre 31 et 40 ans. Mais il est ici une particularité remarquable sur laquelle nous reviendrons plus loin : c'est la grande proportion de sarcomes congénitaux.

Nous terminerons ce chapitre en disant qu'on ne connaît pas de métastase de sarcome à la langue. Parfois, il se présente sous l'aspect de deux masses séparées par un sillon profond, pouvant faire penser à un sarcome double. En réalité il n'en est rien. Il s'agit d'une même tumeur. Elle se développe dans une moitié de la langue, se trouve bridée à son passage à travers le septum lingual et s'épanouit à nouveau à son arrivée dans l'autre moitié de la langue. Ce processus a été consigné par Downie et par Mikulicz et Michelson. Les sarcomes connus de la langue sont donc tous *primitifs* et *uniques*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Le sarcome de la langue se développe un peu dans toutes les parties de l'organe, tantôt sur l'une des deux faces, supérieure ou inférieure, tantôt à la pointe ou à la base, tantôt sur les bords. Le plus souvent il atteint la face supérieure avec une prédominance assez marquée pour le côté gauche (27 fois à gauche pour 16 à droite). Marion avait déjà observé ce fait, sans en tirer aucune conséquence pratique. Il est une localisation beaucoup plus utile à considérer, c'est la localisation de la tumeur repérée par rapport à la profondeur de l'organe. Dans 46 cas où elle est indiquée, nous la trouvons 16 fois dans le tiers antérieur de la langue, 7 fois dans le tiers moyen, et 23 fois dans le tiers postérieur. La base est donc un foyer de prédilection assez net. Or, nous le savons, l'épithélioma ne siège qu'exceptionnellement à la racine de l'organe. Butlin, sur 80 cas, ne l'y a rencontré qu'une seule fois. Des statistiques de divers auteurs ont confirmé cette conclusion. Dans certaines circonstances, cette constatation pourra donc être un élément de diagnostic différentiel de ces deux affections.

Forme. — Le sarcome de la langue revêt des aspects anatomiques différents : interstitiel, sous-muqueux, ou pédiculé.

La *variété interstitielle* est de beaucoup la plus fréquente. La tumeur se développe en plein tissu lingual. Tantôt elle le repousse à la périphérie, tantôt elle l'infiltre. Lorsque le tissu musculaire ne se laisse pas envahir, il se fait autour de la néoplasie un tassement de fibres musculaires et parfois même il y a formation d'une capsule conjonctive. Des éléments musculaires peuvent être pris dans la tumeur. Ils conservent gé-

néralement leur intégrité. C'est ce qui a été constaté dans le cas opéré par M. le docteur Loubat. L'examen histologique montre « inclus au sein du tissu sarcomateux, des éléments musculaires, petits, mais en état de conservation parfaite avec striation bien visible et réactions colorantes parfaites » (Dr P. Nadal). Max Scheïer a observé le même fait. Blanc, par contre, a trouvé des fibres musculaires en dégénérescence. Dans les formes diffuses, il en est de même. Les prolongements sarcomateux peuvent infiltrer les muscles tout en respectant leur structure, mais parfois aussi la constitution du tissu musculaire peut être altérée, et Delbanco signale « une infiltration du tissu conjonctif intermusculaire avec dégénérescence secondaire des faisceaux intercalés ».

La variété sous-muqueuse, caractérisée par sa position entre la muqueuse et la musculature qu'elle laisse intactes, a été vue par Butlin, Gross, Shambough, Fripp et Swan. Elle paraît n'être qu'une étape vers la forme *pédiculée*. Voici, sur ce point, l'opinion de Marion exposée à propos du cas qu'il a eu à traiter. Le sarcome « s'est développé dans le tissu sous-muqueux : la muqueuse a été rompue soit par le fait du frottement des aliments, soit par le fait d'une dent gâtée : peut-être aussi cette rupture est-elle due simplement à la distension de la muqueuse. Le sarcome, trouvant une voie de développement plus facile au dehors que dans les tissus profonds, s'épanouit, repoussant de chaque côté la muqueuse qui lui forme une sorte de calice ». Le développement étant arrêté par la voûte palatine, la tumeur, implantée par un pédicule généralement large, s'aplatit, s'étale en surface, ce qui l'a fait comparer à un champignon. Cette forme pédiculée peut se rencontrer avec une muqueuse intacte. C'est qu'alors il s'agit de petites tumeurs (Lichtwitz, Baudoin, Downie) ou bien de tumeurs volumineuses à développement lent, permettant à la muqueuse de se laisser distendre sans se rompre.

Volume. — Le volume et le poids des sarcomes de la langue sont très variables. Le malade ne vient pas se plaindre au début de l'affection, au moment où la tumeur n'a encore que la

grosseur d'une lentille. Il attend, et le volume des sarcomes généralement observé est celui d'une noisette ou d'une noix. Il arrive parfois d'en voir de plus volumineux. Celui du malade de Poncet, comparable à une orange, pesait quatre cents grammes. Littlewood en a décrit un qui infiltrait toute la langue. Les dimensions de celui présenté par Fripp et Swan étaient de sept centimètres de longueur sur cinq de largeur.

Consistance. — Leur consistance, également, est loin d'être toujours la même. On a à faire à des masses tantôt molles, tantôt ni molles ni dures, tantôt présentant, à côté de portions résistantes, des points ramollis. Mais dans la grande majorité des cas, ce sont des tumeurs solides, « fermes, élastiques, dures ». Tels sont les trois qualificatifs qui reviennent constamment sous la plume des auteurs.

Etat de la muqueuse. — La muqueuse est le plus souvent normale. On observe parfois un certain degré de distension et d'amincissement dû à l'accroissement de la tumeur. Quelquefois elle est hyperémiée et ses papilles sont hypertrophiées. Fait beaucoup plus remarquable, elle n'est pas envahie par l'infiltration sarcomateuse. Elle glisse librement sur la tumeur dont elle est indépendante, sauf dans quelques cas cependant, où il y a quelques adhérences. « La raison anatomique en est fournie par l'existence de petits tendinets musculaires de la musculature linguale qui, se fixant à la face profonde de la muqueuse, l'empêchent de se décoller » (Grégoire). Elle peut parfois présenter des ulcérations. Ces dernières ne sont jamais dues à son envahissement par la néoplasie, comme dans le cancer. Elles reconnaissent des causes multiples : chicots, brûlures, frottements alimentaires, éclatement par distension, et ne possèdent aucun caractère propre.

Ganglions. — L'engorgement ganglionnaire des régions sous-maxillaire et carotidienne est un fait relevé assez souvent. Nous le trouvons 19 fois. La plupart du temps les auteurs n'indiquent pas l'origine de cette réaction. Deux fois seulement l'examen histologique a révélé sa nature sarcomateuse (Chanu, Meyer). Dans 7 autres cas (Targett, M. Scheïer, Baudoin, Fied-

ler, Littlewood, Murray, Aloï), où les malades sont morts de cachexie, il y avait probablement eu des métastases ganglionnaires. A côté de ces faits, la nature inflammatoire n'est pas douteuse, lorsque l'engorgement se résorbe seul après la suppression de la tumeur. Butlin a vu les ganglions de son malade disparaître cinq semaines après l'opération, Heath huit mois après, Kohl un an après. Quant aux autres cas, il est difficile de savoir de quelle nature étaient les ganglions, car après leur exérèse ils n'ont pas récidivé. En somme la généralisation par voie lymphatique existe ici comme pour les autres sarcomes, plus souvent peut-être, mais elle n'est cependant pas la règle.

Variétés histologiques. — Avant d'entreprendre l'étude histologique, nous éliminerons les lymphosarcomes, tumeurs développées aux dépens du tissu adénoïdien. Ils naissent à la base de la langue et offrent une grande analogie avec le sarcome à petites cellules rondes. Une particularité permet d'en faire la différenciation : c'est la présence d'un fin tissu réticulé de soutien. Cette grande ressemblance explique pourquoi de nombreux auteurs anglais et américains donnent la même valeur aux termes : sarcome à cellules rondes et lymphosarcome. La majorité des histologistes français séparent nettement ces deux variétés de néoplasies. Partageant leur manière de voir, nous ne nous occuperons donc que du sarcome proprement dit.

A la langue il présente toutes les variétés. Les plus fréquentes sont celles à cellules fusiformes et à cellules rondes. A ces éléments peuvent s'en joindre d'autres qui, devenant prédominants, font de ces tumeurs des fibro-adéno-angio ou myxosarcomes. Il est une variété peut-être encore plus rare, et dont l'existence était mise en doute jusqu'à ces dernières années : c'est le sarcome à myélopaxes. Heath en a peut-être observé un cas. D'après le dessin qui accompagne la description faite par cet auteur, Marion nous dit : on voit des cellules « qui pourraient être prises pour des myélopaxes, d'autres qui apparaissent comme des variétés de cellules fusiformes, de sorte

qu'il est difficile de se prononcer ». Depuis il ne fut plus question de cette forme et il faut arriver en 1921 pour en trouver un cas, celui du malade d'Aloi, qui ne prête plus à confusion. Le résultat histologique de la biopsie pratiquée en pleine tumeur est le suivant : à côté de cellules rondes et fusiformes « çà et là on relève la présence de grosses cellules à protoplasma clair, contenant de nombreux noyaux assez volumineux, situés à la périphérie : une observation superficielle aurait pu conclure à l'existence de cellules géantes avec noyaux en germination (mégacaryocytes). Ce sont toutes cependant des polycaryocytes ». Or la tumeur est bien née dans le tissu lingual et non aux dépens du périoste du maxillaire dont elle était complètement indépendante.

Voici maintenant l'ordre de fréquence dans lequel on rencontre ces diverses classes :

- 49 sarcomes fuso-cellulaires, dont 7 pédiculés;
- 49 sarcomes globo-cellulaires;
- 8 sarcomes à cellules variées;
- 5 fibrosarcomes, dont 3 pédiculés;
- 5 angiosarcomes, dont 1 pédiculé;
- 1 adénosarcome;
- 1 myxosarcome;
- 1 sarcome à myéloplaxes (Aloi), et 1 douteux (Heath).

Il convient de mentionner que le sarcome de la langue peut atteindre les animaux. Siedamgrotzky notamment, en 1873, donne la description d'un cas observé chez une vache, Douville et Germain d'un autre cas observé chez un chien en 1909.

L'espèce anatomo-pathologique de la tumeur ne semble pas influencer sur sa marche. L'évolution est rapide chez les sujets jeunes. Après la quarantaine, d'une façon générale, elle devient plus lente.

SYMPTOMES

Début. — De même que la plupart des tumeurs malignes, le sarcome de la langue a un début insidieux. Les hémorragies (Perman) sont exceptionnelles. Les légères douleurs de la langue ou la sensation de gêne dans la gorge notées par exemple par Butlin, Chanu, Shambough, sont rares. Quant aux manifestations initiales bruyantes sous les formes d'une glossite suppurée (Poncet) ou bien d'une maladie infectieuse avec fièvre, sueurs, douleurs (Downie), on ne les voit guère.

Etat. — Les *signes fonctionnels* sont généralement les premiers en date. Ils se signalent pour les sarcomes de la *région antérieure* de l'organe par des troubles de motricité. Le poids et le volume de la tumeur rendent les mouvements difficiles et imprécis et le sarcome est souvent pris entre les arcades dentaires. Ce sont ces morsures fréquentes qui font découvrir la lésion et qui, quelquefois, font apparaître de petits filets de sang dans la salive. La gêne des mouvements augmente au fur et à mesure que la tumeur s'accroît, et il arrive un moment où certains malades ayant sorti leur langue de la bouche avec difficulté, ne peuvent l'y ramener sans l'aide des doigts (Mikulicz et Michelson).

A la *base* de la langue, point fixe de l'organe, cet inconvénient n'existe pas, et la tumeur se développe silencieusement pendant un temps plus long. Les troubles de déglutition, de respiration ou de phonation, en effet, apparaissent seulement lorsque l'isthme du gosier est en partie obstrué.

Les autres signes subjectifs sont moins constants. La *douleur* n'existe guère qu'à la suite d'ulcération de la muqueuse. Elle peut être augmentée par la parole et la mastication. Par-

fois, à une période avancée de la maladie, elle atteint une grande acuité et ne laisse pas un moment de repos au patient (Meyer, Aloï). Des irradiations vers le cou et les oreilles sont mentionnées (Max, Scheïer, Chanu, Murray). Mais le plus souvent la néoplasie sarcomateuse est indolore même à la palpation.

Quant à l'hémorragie, elle constitue un signe de peu d'importance. C'est généralement un petit saignement striant la salive de quelques filets rougeâtres et reconnaissant à l'origine un traumatisme de la muqueuse par une denture défectueuse. Certains auteurs ont cependant cité des exemples d'hémorragies spontanées (Downie, Shambough, Targett). Celui-ci a vu chez un enfant de 10 mois une tumeur qui « se développa rapidement jusqu'à devenir une masse saignant fréquemment ». Ce sont là des faits presque négligeables, si on les compare à la fréquence et à l'abondance des hémorragies du cancer de la langue.

Quel que soit le mode de début, la tumeur s'accroît d'une façon générale rapidement. Quels sont ses *signes objectifs* ? Dans la variété interstitielle, lorsque le sarcome siège à la partie antérieure, les signes subjectifs précoces attireront l'attention du malade qui viendra consulter son médecin. A ce moment-là, la tumeur sera petite et il sera possible de la délimiter nettement par la palpation. A un stade d'accroissement plus avancé, elle pourra prendre un aspect bilobé, la partie rétrécie correspond à la traversée du raphé lingual par le sarcome.

Quand la tumeur sera profondément située, une simple inspection de la cavité buccale pourra ne rien dévoiler, et seul le laryngoscope permettra de la découvrir (Perman). Dans ces cas les malades temporisent souvent et donnent à la lésion le temps de s'accroître. Pour cette raison, fréquemment les sarcomes de la base sont diffus et d'un très gros volume. Ceux de la surface supérieure envahissent les piliers, les amygdales, l'épiglotte, voire même les joues : ceux de la face inférieure infiltrant de préférence le plancher de la bouche.

La forme pédiculée se présente sous l'aspect d'une masse étalée, saillant au-dessus du niveau de la langue, à la manière d'un petit flot. Au-dessous on voit une portion rétrécie, le pédicule, généralement court et large, mais permettant des mouvements dans tous les sens autour de son axe.

Nous avons déjà dit dans un chapitre précédent comment se présentait la muqueuse d'un sarcome de la langue, soit interstitiel; soit pédiculé. Nous n'y reviendrons pas. Nous insisterons seulement sur le fait qu'on peut la déplacer librement sur la tumeur et que si, dans quelques cas, elle est adhérente, cette particularité est due à une disposition anatomique normale (insertion de tendinets musculaires sur la face profonde de la muqueuse) et non à l'envahissement néoplasique.

La consistance de ces tumeurs est ordinairement ferme, élastique. Elle peut être molle aussi, ou encore semi-molle, semi-dure.

Quant à l'engorgement ganglionnaire sur l'origine duquel nous nous sommes expliqué, il n'est pas de signe clinique nous permettant d'en déterminer sa nature tantôt sarcomateuse, tantôt inflammatoire. Aussi l'ablation des ganglions tuméfiés semble-t-elle une mesure prudente.

Le plus grand nombre de ces malades conservent un bon état général. Hormis le cas de Downie où l'évolution rapide de la tumeur avait pris l'allure d'une maladie infectieuse, les *signes généraux* n'existent pas ou plutôt n'apparaissent qu'à une période avancée sous la forme de généralisation sarcomateuse. C'est là d'ailleurs la seule complication connue jusqu'à l'heure. A ce moment les malades affaiblis, cachectiques, sont enlevés soit par des métastases de voisinage au niveau de la gorge et du cou, soit par des métastases à distance au niveau des poumons, de l'estomac, du péritoine.

DIAGNOSTIC

Nous voyons, d'après le tableau clinique que nous venons de donner du sarcome de la langue, que cette affection n'offre pas de signe pathognomonique. Nous allons donc examiner les différentes affections avec lesquelles on pourrait le confondre. Elles varieront suivant que le sarcome se présente soit sous la forme interstitielle avec ou sans altération, soit sous la forme pédiculée.

Variété interstitielle non ulcérée. — En présence d'une tumeur interstitielle non ulcérée, nous devons penser aux *lésions inflammatoires chroniques* :

Enkystement nodulaire d'un corps étranger : les anamnestiques éclaireront ce point.

Gommes spécifiques ou tuberculeuses à la période de crudité : fouiller les antécédents dans le premier cas et au besoin essayer un traitement d'épreuve. Dans le deuxième cas, il est rare de voir une lésion bacillaire unique de la langue. En général les noyaux sont multiples, ou en tout cas on en trouve de semblables dans d'autres points de l'organisme. Du reste, l'évolution rapide vers le ramollissement et la suppuration lèvera tout doute.

Actinomycose : lésion rare à la langue. Elle se présente sous forme de noyaux qui indurent la langue et ne tardent pas à évoluer vers la suppuration.

Tumeurs bénignes. — Elles ne retiendront pas longtemps notre attention. Le lipome, le fibrome, les tumeurs mixtes se trouvent rarement et leur évolution est ordinairement lente. La constatation d'une pseudo-fluctuation aiguillera vers le diagnostic de lipome. La ponction exploratrice confirmera celui de kyste ou d'anévrisme circonscrit. Nous pourrions pen-

ser à ce dernier lorsqu'il s'agira d'une masse pulsatile, presque toujours congénitale, augmentant de volume pendant les efforts, se vidant lentement sous la pression pour se remplir à nouveau dès que la pression a cessé.

Nous arrivons maintenant à deux lésions plus délicates à différencier : le *lymphosarcome* et l'*épithélioma*. Le lymphosarcome a la même allure que le sarcome. Son diagnostic clinique ne peut guère se faire : seul le siège de la tumeur, à la base de l'organe, au niveau de l'amygdale linguale, pourra nous faire pencher en sa faveur. Il faudra également rechercher si d'autres tumeurs ne sont pas nées en d'autres points où il existe du tissu adénoïde (amygdales, ganglions). Mais, en pareil cas, c'est l'examen histologique qui devra se prononcer.

Pour le diagnostic de l'épithélioma, on devra tenir compte de deux facteurs étiologiques importants : le sexe et l'âge. L'homme, nous le savons, est frappé dans des proportions beaucoup plus fortes que la femme : six fois sur sept d'après Butlin; cinq fois sur six d'après Barker. D'autre part, les gens qui en sont atteints ont pour la plupart passé la quarantaine. Mais ce sont là des faits sur lesquels nous ne pourrions pas tabler si notre malade est une femme âgée d'une quarantaine d'années. Il nous faudra dans ce cas faire la différenciation par l'examen des signes objectifs de la tumeur. Le siège à la base, rare dans le cancer, est une localisation assez fréquente du sarcome. La muqueuse est rapidement envahie par l'épithélioma et ulcérée, alors que la tumeur est encore peu développée. Le sarcome, au contraire, n'atteint pas la muqueuse, et, s'il y a ulcération, celle-ci est due soit à la distension, soit à un traumatisme. Cependant la muqueuse peut adhérer à la masse profonde dans certaines conditions que nous avons déjà signalées. Enfin les métastases ganglionnaires sont la règle et se font dès le début pour l'épithélioma, tandis qu'elles ne sont pas fréquentes, et en tout cas se font tardivement, pour le sarcome. Si cet ensemble de signes différentiels ne permet pas un diagnostic précis, il faudra pratiquer l'examen microscopique d'une biopsie.

Variété interstitielle ulcérée. — Un malade se présente-t-il à nous porteur d'une masse ulcérée, née dans le tissu lingual ? On pensera à la possibilité de gommes actinomycosiques; si l'on trouve de petits points jaunes dans le pus, on recherchera l'actinomycète au microscope.

Les gommes spécifiques et bacillaires ouvertes seront reconnues à leurs caractères particuliers. Les premières, indolores, profondément creusées, présentent des bords taillés à pic, de couleur rouge sombre, avec un fond jaunâtre, bourbillonneux, sécrétant peu. Les deuxièmes sont douloureuses, s'accompagnent d'une salivation abondante : elles ont une forme allongée suivant l'axe de la langue; leurs bords sont décollés, festonnés, le fond grisâtre et anfractueux.

Avons-nous affaire à un cancer ? L'ulcération est précoce, à bords indurés, adhérents, taillés à pic. Le fond est saignant, tapissé ou non de bourgeons.

Quant à l'ulcération sarcomateuse, elle se produit lorsque la tumeur a déjà atteint un gros volume. Ces bords, renversés en dehors, ne sont ni indurés, ni adhérents. Elle n'offre donc pas de signe bien caractéristique. Aussi est-ce surtout par exclusion qu'on devra la diagnostiquer.

Variété pédiculée. — Dans la variété pédiculée, une fois l'épithélioma éliminé, il n'est plus qu'une tumeur qui puisse prêter à confusion : c'est le papillome. Si comme le sarcome il s'étale et prend la forme d'un champignon, il n'en a pas le développement rapide, n'atteint jamais son volume et présente enfin un aspect finement mamelonné.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Le diagnostic clinique est donc très délicat et reste le plus souvent imprécis. Les nombreux essais de traitement d'épreuve, les incisions au bistouri ou les ponctions exploratrices dans des tumeurs supposées liquides, faits rapportés dans diverses observations, nous montrent l'embarras dans lequel se trouve le clinicien en présence d'un sarcome de la langue. Aussi cette hésitation devra-t-elle le pousser à confirmer son diagnostic par l'examen d'une biopsie, ou par celui des pièces opératoires. Dans certains cas, même l'examen histologique laissera subsister le doute. La tumeur extirpée par Wigin, examinée par plusieurs anatomo-pathologistes, fut étiquetée « Fibrome » par Krumwiede; « Eléments sarcomateux dans la tumeur » par Dunham; « Sarcome » par Jeffries; « Fibrome-rhabdomyome possible » par Welch. Milton-Foote signale un fait analogue où il y a eu désaccord entre histologistes. Mais ceci arrive rarement.

Les confusions à éviter sont celles qu'on pourrait faire avec le *lymphosarcome* d'une part, avec le *bourgeon charnu* d'autre part.

La structure du lymphosarcome, avec ses follicules, amas de petites cellules rondes, simulera à s'y méprendre parfois le sarcome globo-cellulaire. Mais, fait caractéristique, ces groupements de cellules sont entourés de fines mailles conjonctives très ténues. Ce réticulum, propre au tissu lymphoïde, permettra d'affirmer le diagnostic de lymphosarcome.

Pour le bourgeon charnu, un examen de la partie superficielle de la tumeur montrera une hypertrophie papillaire, fréquente dans le sarcome, et souvent une infiltration leucocy-

taire qui pourra en imposer pour des cellules sarcomateuses.

Le développement des vaisseaux est signalé dans les deux tumeurs, à un degré plus marqué pour le bourgeon charnu. Mais c'est là une question de nuances difficiles à interpréter et sur laquelle on ne pourra guère établir une certitude diagnostique. Un examen de la partie profonde s'imposera. Là, si nous sommes en présence d'un bourgeon, pas d'infiltration des tissus situés au-dessous du point d'implantation de la tumeur, tandis que le sarcome enverra des trainées cellulaires au travers des tissus normaux sous-jacents.

- Enfin il est un point qui mérite de retenir l'attention, bien que de moindre importance que les deux précédents. Les sarcomes sont assez souvent le siège de réaction inflammatoire. Il ne faudra pas dans ces cas prendre les leucocytes pour des cellules rondes sarcomateuses et porter le diagnostic de sarcome mixte à cellules fusiformes et rondes, alors qu'il s'agira d'un sarcome fuso-cellulaire enflammé.

EVOLUTION. MARCHE. PRONOSTIC

Le sarcome de la langue se développe presque toujours d'une façon rapide. Dans les six premiers mois de son évolution, il atteint le volume d'une noisette ou d'une noix; dans l'année il devient une tumeur volumineuse comparable à un œuf de poule ou même à une orange. Certains d'entre eux se signalent par un accroissement particulièrement rapide. Jacobi a vu par exemple un sarcome congénital chez un enfant de 11 semaines, de la grosseur d'une noix. Fripp et Swan en ont opéré un du volume d'un œuf de poule ayant débuté cinq mois auparavant, Littlewood un autre se développant depuis un mois seulement comparable à une orange par sa masse.

Un autre mode d'évolution, peu fréquent, est caractérisé par sa lenteur. En huit ans, le sarcome observé par Mercier avait acquis la grosseur d'une noix; celui qu'opéra Sérafini trente ans après son début était gros comme une noisette.

Enfin certains sarcomes évoluent par poussées. Chez le malade de Perkins on avait remarqué, alors qu'il était âgé de 4 ans, un petit nodule de la langue qui resta huit ans sans se modifier. A 12 ans il s'accroît et arrive très vite au volume d'une noix. Puis une autre période d'arrêt jusqu'à l'âge de 25 ans. A ce moment-là, nouvel accroissement rapide. Perkins voit le malade un an après. La tumeur avait envahi le plancher de la bouche et la langue était énorme.

Abandonné à lui-même, le sarcome de la langue se termine par une issue fatale. Au bout d'un temps plus ou moins long, il se produit des métastases dans les tissus voisins ou éloignés et le malade meurt cachectique.

Ce fait nous incite à traiter radicalement ces tumeurs, d'au-

tant que, nous le verrons plus loin, des résultats opératoires très encourageants ont été enregistrés.

Le pronostic est très grave, mais il n'a point la sévérité qu'on pourrait supposer. Il devra tenir compte de plusieurs facteurs : les uns plutôt favorables, l'encapsulement et la pédiculisation; les autres généralement défavorables, la récurrence et le jeune âge. Si la récurrence locale n'est pas toujours d'une haute malignité et si elle cède à plusieurs opérations successives (Fripp et Swan, Mac-Burnay, Marion), elle n'en constitue pas moins un facteur important de gravité. L'âge est également à considérer. D'une façon générale, c'est en effet chez les gens jeunes que la marche de la tumeur atteint son maximum de rapidité, tandis que chez les gens âgés son évolution est lente.

La nature du sarcome, qui dans les autres localisations joue un si grand rôle, semble ici indifférente. Les sarcomes fusocellulaires se développent aussi rapidement que les globocellulaires et le degré de malignité n'est pas plus élevé pour l'une que pour l'autre variété.

SARCOME CONGENITAL

Le sarcome se développe d'une façon générale chez les gens jeunes, surtout entre 15 et 40 ans. On le voit moins souvent dans les premières années de la vie, surtout dans les premiers mois. Betke rappelle cette phrase de Virchow : « Les sarcomes congénitaux sont à peu près inconnus. »

Par ailleurs, nous lisons dans l'ouvrage de Ménétrier, sur le *Cancer*, que presque toujours les tumeurs précoces « sont assez difficiles à classer dans les sarcomes ou les épithéliomas, car ce sont pour la plupart des tumeurs à tissus multiples, dans lesquels les éléments néoplasiques sont à la fois épithéliaux et conjonctifs ». Broca nous dit également, dans sa *Chirurgie infantile* : « Le sarcome vrai existe chez l'enfant dans ses diverses modalités : globo-cellulaire, fuso-cellulaire, angio-sarcome, aux dépens de l'endothélium ou du périthélium vasculaires. De même l'épithélioma... », mais il ajoute plus loin : « Il s'agit presque toujours de tumeurs mixtes ». Tous les deux envisagent principalement dans leurs descriptions les tumeurs du rein, et ni l'un ni l'autre ne parle du sarcome congénital. Seul Broca conseille de consulter à ce sujet l'ouvrage de Marion, paru en 1897 dans la *Revue de chirurgie*.

C'est pour ces raisons qu'il nous a paru intéressant de signaler la fréquence relativement grande des sarcomes congénitaux que nous avons trouvés à la langue : 7 cas sur 65, soit un pourcentage de 10.7. Le fait est d'autant plus curieux que la localisation sarcomateuse au niveau de cet organe est plutôt rare.

En quelques mots, nous donnerons un rapide aperçu des principales caractéristiques de ces tumeurs.

La prédominance de la variété anato-mo-pathologique re-

vient au sarcome fuso-cellulaire : elle a été trouvée quatre fois (Jacobi, Delbanco, Nægelé, Dr Loubat). Baudoin, lui, a observé un fibrosarcome à cellules fusiformes. Gross, un sarcome à cellules variées contenant également des cellules fusiformes. Quant à la tumeur opérée par Targett, il n'en a pas été donné de description histologique.

La forme anatomique varie : quatre (Jacobi, Delbanco, Nægelé, Targett) étaient interstitiels; un pédiculé (Baudoin); les deux autres sous-muqueux (Gross, Dr Loubat). Dans cette dernière espèce ils ont des limites bien précises, et M. le docteur Loubat a trouvé à l'opération la présence d' « une capsule très nette séparée de la muqueuse par un plan de clivage ».

Dans aucun des cas, il n'y avait atteinte de la muqueuse. Constatation qui, dans une certaine mesure, peut renforcer l'hypothèse d'après laquelle les ulcérations seraient dues le plus souvent au mauvais état des dents.

La tuméfaction des ganglions n'a été rencontrée que dans un seul cas, celui de Baudoin, tuméfaction généralisée sous-maxillaire, sous-cervicale, inguinale chez un enfant cachectique.

Pas de siège de prédilection.

Les signes subjectifs, fonction du siège et du volume de la tumeur, sont les mêmes que ceux déjà énumérés pour l'adulte. Ce sont principalement des troubles de la respiration et de la déglutition, se révélant par des arrêts au cours des tétées.

La douleur, autant qu'on puisse en juger, n'existe pas, même à la palpation. Les hémorragies n'ont été rencontrées que par Targett : elles étaient fréquentes et spontanées.

Pour ce qui est des signes objectifs et généraux, nous ne voyons rien de caractéristique à faire ressortir.

Il n'en est pas de même de l'évolution. Dans un seul cas, celui de Delbanco, il s'agissait d'une tumeur de petit volume, mais l'enfant n'avait que 14 jours et la lésion n'avait guère eu le temps de s'accroître. Chez tous les autres la tumeur était importante. Targett, Nægelé, Gross, nous parlent d'une aug

mentation de volume de la langue très accentuée. Les sujets examinés par Jacobi, Baudoin et M. le docteur Loubat présentaient des masses de la grosseur d'une noix, ce qui est considérable si l'on tient compte de la petitesse de la langue chez un enfant de moins d'un an. Le petit malade de Jacobi était âgé de 11 semaines seulement; celui de Baudoin de 4 mois 1/2; celui de M. le docteur Loubat, le plus âgé des trois, avait 11 mois. Mais « l'augmentation de volume était plus rapide dans les dernières semaines » qui précédèrent l'opération. La particularité de ces tumeurs congénitales réside donc dans leur rapide développement. Ceci n'est point fait pour nous surprendre. C'est là un point commun à toutes les tumeurs malignes de l'enfant. Broca ne nous signale-t-il pas en effet des tumeurs mixtes du rein pesant jusqu'à 3 et 4 kilogrammes chez des enfants de moins de 2 ans ?

Dans le cas que nous étudions, quel est le degré de gravité de l'affection et quel pronostic pouvons-nous porter ? Il est assez difficile de se prononcer sur ce point. Quatre des petits opérés, ceux de Jacobi, Targett, Delbanco, Gross, ont été perdus de vue après leur opération. Deux autres sont morts, celui de Nægelé d'une pneumonie sans avoir été opéré, celui de Baudoin porteur de nombreux ganglions, dans un état d'amaigrissement et de cachexie extrêmes. Seule, la petite malade de M. le docteur Loubat a été revue après son opération : c'est ce qui contribue à donner le plus grand intérêt à cette observation. Les suites opératoires, excellentes, amenèrent la guérison spontanée et complète dès le quatorzième jour. Cette guérison s'est maintenue depuis plus de deux ans et demi. Actuellement, étant donnés le parfait état de santé de la petite opérée, son excellent développement général et l'aspect normal de sa langue, on peut la penser hors d'atteinte d'une récidive.

Il semble donc que le sarcome congénital de la langue ait une malignité moindre que les tumeurs mixtes des enfants. Mais il nous est impossible de préciser dans quelles proportions on peut tabler sur la guérison.

Le traitement, dans les cinq cas où il a été pratiqué, a été l'extirpation large de la tumeur par voie buccale. Il semble que ce soit là la meilleure opération parce que la moins choquante et la plus simple comme suites. Si toutefois ce procédé ne permettait l'exérèse du sarcome, il ne faudrait pas hésiter à utiliser les voies artificielles que nous décrirons dans le chapitre sur le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Sarcome, Abbé, 1894.

Jeune homme de 17 ans. Tumeur à développement lent, grosse comme la pulpe d'un doigt, dure, encapsulée, *au milieu du dos* de la langue. Extirpation à l'anesthésie locale. Hartley pense à un angiosarcome. Deux autres histologistes à un sarcome pur. Pas de récurrence après neuf ans.

OBSERVATION II.

Sarcome à cellules rondes, Albert, 1885.

Femme de 56 ans. Depuis un an troubles légers de la déglutition, puis de la respiration et de la phonation. Tumeur de la langue qui s'accroît progressivement. Tumeur interstitielle, pas très dure, molle par endroits, s'étendant de la base de la langue jusqu'à la voûte palatine en masquant les piliers. Extirpation de la langue à travers une incision allant du menton à l'os hyoïde. Mort par pneumonie deux jours après l'opération. Examen microscopique : Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION III.

Sarcome à myélopaxes, Aloï, 1921.

Homme de 41 ans. Il y a un an et demi, petit épaississement de la langue suivi, deux mois après, d'une inflammation douloureuse de tout l'organe. Amélioration passagère par un traitement médical. Puis excision d'un petit nodule. Trois mois après, récurrence : tuméfaction implantée par une large base sur le *bord droit*, gêne à la déglutition

et réaction ganglionnaire. Examen : tumeur de la grosseur d'une noix, ayant la forme d'un champignon, saignant facilement (denture défectueuse), ulcération. Etat cachectique, et état avancé des métastases empêchant l'intervention. Biopsie. Cellules rondes et fusiformes, çà et là myélopaxes. Nombreux vaisseaux à type embryonnaire. Mort après souffrances atroces.

OBSERVATION IV.

Sarcome à cellules polymorphes, Baastrup, 1912.

Homme de 48 ans. Depuis un mois gêne respiratoire. Examen : Tumeur lisse *du côté droit de la base* de la langue. Volume d'une noix. Enlevé facilement sous chloroforme. Au microscope : cellules variées. Pas de récurrence sept mois après.

OBSERVATION V.

Sarcome, Barkes.

Tumeur pédiculée au dos de la langue enlevée. Récurrence locale. Tumeurs de même nature, sur différentes parties du corps, sur la peau. Suites non connues.

OBSERVATION VI.

Sarcome à cellules rondes, Baastrup, 1897.

Femme de 35 ans. Depuis quatre mois tumeur de la langue qui après une biopsie se développe rapidement, *partie moyenne gauche*. Consistance élastique. Muqueuse normale. Pas de ganglion. Microscope : cellules rondes. Capsule, d'où énucléation facile. Trois ans et demi sans récurrence.

OBSERVATION VII.

Fibrosarcome, Baudoin, 1903.

Enfant âgé de 4 mois 1/2. A la naissance, tumeur nettement pédiculée de la langue. Forme de coin à grosse extrémité diri-

gée en avant. Dure, rénitente. Au début grosseur d'un haricot, arrive à celle d'une noix. Pas d'ulcération. Enfant amaigri, facies sénile. Cachectique. Adénopathie cervicale, sous-maxillaire, inguinale, Opération. Ligature au fil. Mort deux jours après de cachexie. Au microscope : Cellules fusiformes. Vaisseaux sans paroi. Points fibreux, points sarcomateux. Partie superficielle en voie de nécrose. Fibres musculaires en voie de dégénérescence hyaline (Prof. Sabrazès).

OBSERVATION VIII.

Sarcome fuso-cellulaire, Betke, 1915.

Homme de 83 ans. Il y a cinq ans, tumeur de la *partie postérieure gauche* qui fut excisée et cautérisée. Depuis six mois récidive locale qui entraîne gêne de déglutition, et, de temps à autre, une ulcération douloureuse est produite par des dents cariées. Examen. Tumeur largement pédiculée, du volume d'une noix, muqueuse ulcérée, ganglions sous-maxillaires gauches durs. Anesthésie locale. Ligature de l'artère linguale gauche. Section de la joue gauche, de la commissure au masséter. Excision de la tumeur. Le malade se remettait lorsqu'il fut enlevé en cinq jours par un pneumonie. Au microscope : cellules fusiformes, quelques cellules géantes isolées. Pas de trace de métastase dans les ganglions.

OBSERVATION IX.

Sarcome fasciculé, Blanc, 1912.

Enfant âgé de 12 ans. Depuis l'âge de 5 ans, à la suite d'une diphthérie, présente une adénopathie cervicale et sous-maxillaire bilatérale dont on n'a pu avoir raison. Il y a trois ans, petite tumeur du *côté droit de la face dorsale* de la langue, indolore, mais gênant la mastication (morsures de la langue). Examen : tumeur interstitielle du volume d'une amande, ferme, élastique, bien limitée, recouverte d'une muqueuse qui lui était nettement adhérente. Excision large. Suites non données. Au microscope : petits amas de cellules fusiformes dans un stroma hyalin très développé.

OBSERVATION X.

Sarcome, Mac Burnay, 1893.

Homme de 56 ans. A déjà eu plusieurs applications de pointes de feu au galvanocautère pour gêne dans la gorge. Examen. Tumeur de la *partie postérieure droite* de la langue. Biopsie. Sarcome sans description. Trachéotomie, puis la moitié droite de la langue, la moitié de l'épiglotte, une partie du voile du palais et l'amygdale droite sont enlevées. Après trois mois, grosse récidence sous-maxillaire enlevée. Deux ans sans récidence.

OBSERVATION XI.

Sarcome à cellules rondes, Butlin, 1900.

Femme de 35 ans. Depuis quatre mois, accroissement rapide d'une tumeur encapsulée du *côté gauche* de la langue, de la grosseur d'une châtaigne, de consistance élastique. Muqueuse intacte. Pas de ganglion. La moitié gauche de la langue est enlevée. Au microscope : cellules rondes avec substance fondamentale homogène. Trois ans et demi sans récidence.

OBSERVATION XII.

Sarcome à cellules rondes, Butlin, 1887.

Homme âgé de 40 ans. Depuis deux mois douleurs du *côté gauche* de la langue. Un mois après développement rapide d'une tumeur sous-muqueuse, molle, élastique, régulière, atteignant le volume d'un œuf, empêchant le malade de tirer la langue hors de la bouche. Un ganglion volumineux et dur sous-maxillaire. Extirpation de la moitié gauche de la langue. Cinq semaines après résorption ganglionnaire. Au microscope : grandes cellules rondes granuleuses, substance fondamentale homogène. Quatre ans après le malade parle très bien. Pas de récidence.

OBSERVATION XIII.

Sarcome à cellules rondes, Poirier et Chanu, 1902.

Femme de 42 ans. Il y a quatorze mois, légères douleurs dans la gorge, qui s'intensifient et s'irradient dans l'oreille. Puis gêne de déglutition, phonation intacte. Examen : à la base du côté droit, tumeur grosse comme une noix, aplatie et dure. Une partie est interstitielle, l'autre proliférante à travers la muqueuse rupturée. Muqueuse fixée par endroits par des tendinets musculaires. Ganglions des deux côtés, petits, mobiles, durs. Sujet amaigri. Excision de la tumeur et des ganglions après ligature des linguales, du tronc thyro-linguo-facial et de la carotide externe droite. Au microscope : cellules rondes. Pas de récédive huit mois après l'opération.

OBSERVATION XIV.

Sarcome fuso-cellulaire, Cheatle, 1906.

Femme de 52 ans. Depuis six semaines, tumeur du côté droit de la langue entre le tiers moyen et tiers postérieur, de consistance régulière. Muqueuse normale. Pas d'engorgement ganglionnaire. Extirpation. Microscope : cellules fusiformes. L'évolution postopératoire n'est pas donnée.

OBSERVATION XV.

Sarcome mixte, Coughlin, 1915.

Ecolier âgé de 14 ans. Histoire d'une morsure de la langue il y a deux ans. Depuis cinq ou six mois, douleurs intermittentes, lancinantes dans la langue, gêne à la phonation. Examen : masse irrégulièrement ovale de la pointe de la langue (3/4 de pouce de long sur 1/2 de large). Pas d'ulcération. Muqueuse adhérente à la profondeur. Consistance dure. Pas de ganglions. Excision large à l'anesthésie locale. Au microscope : cellules rondes et fusiformes. Le malade n'est pas revu.

OBSERVATION XVI.

Sarcome mixte, Coughlin, 1915.

Jeune homme de 19 ans. Depuis deux mois et demi ou trois, tumeur de la langue. Légère douleur intermittente. Depuis trois semaines, trouble de la motricité et de la parole. Examen : tumeur un peu en arrière de la *pointe* sur la ligne médiane, interstitielle, arrondie, de consistance ferme. Opération. Section de la joue. Excision de la tumeur. Au microscope : petites cellules rondes et cellules fusiformes. Suites inconnues.

OBSERVATION XVII.

Sarcome à cellules rondes, Daniel et Mauté, 1904.

Jeune homme de 20 ans. Tumeur de la grosseur d'un pois, à *droite* de la ligne médiane enlevée il y a deux ans. Actuellement récidive qui, comme la première tumeur, se développe d'abord lentement, puis rapidement. Tumeur grosse comme une figue, indolore, dure et sessile. Légère gêne à la déglutition. Excision large. Au microscope : cellules arrondies à gros noyaux. Très nombreux vaisseaux sans paroi propre. Suites non connues.

OBSERVATION XVIII.

Sarcome à cellules fusiformes, Delbanco, 1898.

Enfant de 14 jours, porteur d'une petite tumeur interstitielle de la *région antérieure gauche* de la langue. Cellules presque toutes fusiformes, infiltrant des faisceaux musculaires dégénérés secondairement et qui semblent éclatés. Excision. Suites non connues.

OBSERVATION XIX.

Fibrosarcome, Downie, 1899.

Homme de 34 ans. Il y a cinq semaines, fièvre, sueurs, douleurs de la langue et difficultés pour avaler. La *partie postéro-supérieure*

gauche de la langue était augmentée. Le malade fait des gargarismes. La semaine suivante, hémorragie spontanée et mœlena, puis troubles respiratoires et de déglutition. Amaigrissement. Examen : tumeur pédiculée du côté gauche, du volume d'une noix. A côté d'une portion dure, une portion fluctuante donne du sang à la ponction. Pas de ganglion. Après ligature du pédicule, excision large. Au microscope : capsule fibreuse. Points fibreux. Points sarcomateux surtout autour des vaisseaux. Pas de récédive un an après.

OBSERVATION XX.

Sarcome à cellules rondes, Downie, 1899.

Homme de 23 ans. Une arête de poisson fixée, croit-il, dans le dos de la langue depuis quatre mois provoque de la gêne. Des examens répétés ne décèlent pas de corps étranger. Mais le *côté droit*, surtout à la base, est le siège d'un gonflement ainsi que l'amygdale droite. Surface ulcérée par dents. Biopsie. Au microscope : cellules rondes. Extirpation totale de la langue. Suites non connues.

OBSERVATION XXI.

Sarcome à cellules rondes, Dunham, 1895.

Homme de 61 ans, grand fumeur de pipe. Il y a huit mois, à la suite d'une morsure de la langue, apparition d'une petite tumeur qui grossit. Irritée par des chicots. Tumeur interstitielle du *côté droit* à deux centimètres en arrière de la pointe, mesurant un centimètre et demi de diamètre. Pas d'ulcération. Pas de ganglion. Pas de douleur. Excision. Au microscope : cellules rondes.

OBSERVATION XXII.

Sarcome à cellules rondes, Eve, 1886.

Pièce du « College Museum », collection Hunter, examinée par Eve. Tumeur infiltrée ronde, ferme, du *côté gauche* de la langue à la base. Muqueuse intacte. Au microscope : à la base tissu fibreux exclu-

sivement. Plus superficiellement, entremêlés aux fibres conjonctives des groupes de cellules arrondies. (Il s'agit peut-être d'un fibrosarcome-Marion.)

OBSERVATION XXIII.

Sarcome fuso-cellulaire, Fiedler, 1864.

Homme de 40 ans. Depuis six mois, troubles de la respiration et de la déglutition. Examen : tumeur bilobée interstitielle de la *base* de la langue, un lobe gros comme un œuf de poule, l'autre comme une noix. Enlevé au galvanocautère. Au microscope : cellules fusiformes. Rapide récurrence locale avec envahissement des ganglions cervicaux et des amygdales. Deux mois après la première opération, on enlève une masse de huit centimètres de long, sur sept de large et deux d'épaisseur, galvanocautère. Mort deux mois après.

OBSERVATION XXIV.

Sarcome à cellules rondes, Fisk, 1903.

Homme de 71 ans. Grand fumeur. Il y a dix mois, morsure de la langue. Depuis, début d'une tumeur très douloureuse, entre la muqueuse et la musculature, du *côté droit*. Pas d'ulcération, ni d'engorgement ganglionnaire. Cachexie marquée. Au microscope : cellules rondes. Ligature des deux linguales. Amputation totale de la langue. Pas de récurrence six mois après.

OBSERVATION XXV.

Sarcome à cellules rondes, Franchomme et Leleux, 1902.

Homme de 43 ans. Début, il y a un mois et demi, par gêne des mouvements (déglutition et phonation). Pas de douleur. Tumeur du *bord droit* de la langue, pas ulcérée, semi-dure. Pas de ganglions. Extirpation par incision en V. Au microscope : petites cellules rondes et nombreux vaisseaux embryonnaires. Pas de récurrence un an après

OBSERVATION XXVI.

Sarcome fuso-cellulaire, Fripp et Swan, 1902.

Homme de 26 ans. Grand'mère morte d'un cancer. Depuis cinq mois, développement d'une tumeur de la langue, de la *base à droite*. Gêne respiratoire. Ganglions sous-maxillaires droits. Examen : tumeur élastique de sept centimètres sur cinq. Muqueuse intacte. Trachéotomie. Ligature de l'artère linguale droite et de la faciale. Extirpation de la tumeur et des ganglions. Deux ans après récurrence locale. Excision. Guérison en quatre semaines. Depuis un an pas de récurrence.

OBSERVATION XXVII.

Adénosarcome, Godlee, 1887.

Femme de 24 ans. Depuis cinq semaines, petite ulcération sur une tumeur dure, du volume d'une grosse noix, siégeant à la *face inférieure gauche* de la langue, près de l'extrémité. Excision au ciseau. Au microscope : cellules arrondies et fusiformes. Vaisseaux abondants. En un point acini disposés irrégulièrement et variant de taille. Dans certains acini on trouve de petites masses dures que Godlee prend pour des calculs salivaires.

OBSERVATION XXVIII.

Sarcome à cellules variées, Gross, 1872.

Fille de sept mois. Depuis cinq semaines, tumeur sous-muqueuse se développant rapidement dans le *tiers postérieur gauche de la langue* et gênant la déglutition et la respiration; grosseur d'une amande. Muqueuse intacte. Excision. Au microscope : cellules variées avec nombreux vaisseaux. Suites non connues.

OBSERVATION XXIX.

Sarcome à cellules rondes, Heath, 1869.

Homme âgé de 60 ans. La tumeur a débuté il y a six mois et produit des douleurs continuelles. Il existe un ganglion sous-maxillaire

gauche. Etat général excellent. Examen : tumeur petite, irrégulière, dure, ulcérée, du *bord gauche* de la langue, s'étendant au plancher de la bouche. Au microscope : deux variétés de cellules : 1° les unes régulièrement arrondies ou ovales, ou allongées avec un ou plusieurs appendices, à noyaux généralement très volumineux, quelquefois allongés, souvent uniques, parfois deux ou trois; 2° les autres, mal limitées, forment une masse granuleuse dans laquelle se trouvent les noyaux ronds ou ovales. Amputation de la moitié antérieure de la langue et du plancher de la bouche, au moyen de l'écraseur après section du maxillaire. Pas de récidive neuf mois après.

OBSERVATION XXX.

Sarcome à petites cellules rondes, Hüter, 1869.

Jeune femme. Au cinquième mois de sa grossesse, apparition d'un sarcome interstitiel de la langue. Développement rapide; grosseur d'une noisette deux mois après. Excision. Suites non connues.

OBSERVATION XXXI.

Sarcome à cellules fusiformes, Jacobi, 1869.

Enfant de 11 semaines. Quelques heures après la naissance, la mère remarqua une petite tumeur de la langue. Pas de gêne pour téter. Examen : tumeur interstitielle, ferme, élastique, du volume d'une noix, sur le *bord gauche* de la langue, à un centimètre en arrière de la pointe. Pas de ganglion. Santé générale excellente. Excision au moyen de l'écraseur galvanique. Cicatrisation en quinze jours. Les suites opératoires ne sont pas connues. Au microscope : cellules fusiformes à noyaux allongés.

OBSERVATION XXXII.

Sarcome à cellules rondes, Keenan, 1903.

Depuis deux mois, tumeur de la *partie postérieure* de la langue, du volume d'un pois. Au microscope : cellules rondes. Excision. Réci-

dive. Nouvelle opération. Puis tumeur stomacale de même structure que la précédente. Mort onze mois après la première intervention.

OBSERVATION XXXIII.

Sarcome fusio-cellulaire, Kohl, 1903.

Enfant âgé de 6 ans, à qui on a enlevé deux ans auparavant des ganglions du côté gauche du cou. Depuis deux mois, limitation des mouvements de la langue, puis gêne respiratoire. Examen : tumeur interstitielle de la *moitié gauche* de la langue, allant jusqu'à l'épiglotte. Etat général bon. Biopsie. Trachéotomie. Section temporaire du maxillaire. Ligature de la linguale. On enlève la moitié gauche de la langue et le volumineux engorgement ganglionnaire. En très peu de temps, récurrence ganglionnaire qui disparaît seule un an après ainsi qu'une fistule salivaire. Au microscope : cellules fusiformes. Dans les ganglions : aucune cellule sarcomateuse.

OBSERVATION XXXIV.

Angiosarcome, Lichwitz, 1898.

Jeune femme de 25 ans. Depuis un mois et demi, petite tumeur pédiculée, du côté *gauche à deux centimètres en arrière de la pointe*, ferme et de la grosseur d'une noisette. Pas d'ulcération. Au microscope : cellules rondes et fusiformes; nombreux vaisseaux sans paroi propre. Angiosarcome. Excision au galvanocautère après cocaïnisation. Pas de récurrence deux ans après.

OBSERVATION XXXV.

Sarcome à cellules rondes, Littlewood, 1898.

Jeune homme de 47 ans. Il y a quatre semaines, brûlure de la langue. Il se développe une tumeur interstitielle de la grosseur d'une orange dans le *tiers moyen* recouverte de deux ulcérations entretenues par une mauvaise denture. Grande gêne à la déglutition et à la mastication. Quelques ganglions de chaque côté enlevés quelques

semaines après l'extirpation totale de la langue. Au microscope : cellules rondes. Deux mois environ après, pas de récidence sur place, mais généralisation à l'amygdale gauche, au muscle temporal droit et aux ganglions des deux côtés, entraînant la mort.

OBSERVATION XXXVI

Sarcome fusio-cellulaire, observation de M. le Dr Loubat. 1922.

Fr..., 11 mois, est née de parents bien portants dont seule l'hérédité néoplasique est un peu chargée puisqu'on révèle parmi les ascendants maternels deux cas de cancer de l'intestin ou du rectum et un fibrome utérin. Un frère, âgé de 3 ans, est en bonne santé.

Fr..., née à terme, pesait 3 kilos 800 grammes à la naissance. Nourrie au biberon, elle a présenté, pendant les quatre premiers mois, des troubles graves de la nutrition qui, rattachés par l'un de nous à l'avitaminose, ont cessé par le traitement classique. La croissance du bébé a encore été gênée au septième mois par une coqueluche assez sévère. Actuellement le poids de la fillette est seulement de 8 kilos 100 grammes.

C'est le dixième jour après la naissance que la jeune mère a constaté quelque chose d'anormal au niveau de la langue de la fillette. Il y avait sur le *bord gauche* une tache blanchâtre de la dimension d'une lentille avec, au-dessous, une petite nodosité en-châssée dans la langue. Il y avait là une petite tumeur arrondie, pas très dure, du volume d'un petit pois, et qui ne paraissait occasionner aucune gêne.

Cette tumeur a grossi depuis, progressivement, d'une façon régulière, en se détachant de plus en plus de la langue qu'elle déformait. Elle avait acquis le volume d'une bille vers le cinquième mois et celui d'une petite noix au début du onzième mois. L'augmentation de volume était plus rapide dans les dernières semaines.

A l'examen on constate qu'au repos, dans les rares instants où l'enfant ferme complètement la bouche, la face est asymétrique, la joue gauche étant beaucoup plus bombée. Dès que les lèvres s'écartent on voit poindre une tumeur de coloration rosée, faisant corps avec la langue et qui tend à sortir presque entièrement de la bouche.

Cette tumeur, du volume d'une noix, est de forme allongée, à grand axe parallèle à celui de la langue, elle siège sur la partie gauche de l'organe en débordant largement le bord libre gauche. Largement sessile, la tumeur est recouverte d'une muqueuse d'aspect normal sur sa face dorsale, mais qui est amincie, bleutée, sillonnée de quelques veinules dilatées sur la face inférieure de la langue.

A la palpation la tumeur se montre lisse, de contour arrondi, sa consistance est un peu molle, elle est rénitente et donne la sensation de fluctuation.

Le reste de la langue est normal. La voûte palatine est un peu plus excavée du côté gauche où la tumeur marque son empreinte. Il n'y a pas d'adénopathie de la face ou du cou.

Malgré son volume la tumeur gêne peu l'enfant, sauf au moment de la succion souvent interrompue. Elle paraît être indolore même à la pression. Elle n'occasionne qu'un peu de salivation, la bouche n'étant presque jamais fermée à cause de la saillie de la tumeur. L'état général ne paraît pas influencé par l'existence de cette grosseur. La croissance se poursuit régulièrement depuis la guérison de la coqueluche.

En présence de cette tumeur apparemment encapsulée, de consistance rénitente, ne retentissant ni sur l'appareil lymphatique, ni sur l'état général, le diagnostic porté est celui de tumeur bénigne, à contenu liquide, de kyste congénital de la langue. L'ablation était indiquée.

Opération le 6 novembre 1922. — Anesthésie chloroformique. La tumeur est extirpée par une incision ovale respectant la muqueuse dorsale de la langue, mais circonscrivant sur toute sa partie saillante la muqueuse de la face inférieure. L'énucléation est favorisée par l'existence d'une capsule très nette séparée de la muqueuse par un plan de clivage qui, en dedans, est en contact étroit avec les fibres musculaires de la langue qu'il faut séparer au bistouri. Il n'y a pas de pédicule vasculaire différencié. Après hémostase, on suture les deux lambeaux au catgut fin, reconstituant ainsi la langue dans sa forme à peu près normale.

Suites opératoires. — L'enfant est nourrie à la cuillère. Il y a une légère réaction thermique le premier jour, puis la guérison se

fait sans incident, les catguts étant tombés spontanément entre le dixième et le quatorzième jour.

Examen de la tumeur. — La tumeur, du volume d'une petite noix, assez régulièrement arrondie, présente à la périphérie une capsule conjonctive qui n'a été entamée en aucun point. La coupe montre qu'il s'agit d'une tumeur solide, de consistance plutôt molle, formée d'un tissu blanchâtre et partout homogène. La capsule conjonctive de la masse est mince.

Examen histologique (Dr P. Nadal). — La tumeur étudiée présente une coloration histologique relativement peu complexe, mais assez inattendue. Elle est constituée par un tissu d'aspect général sarcomateux. Il est, en effet, très riche en éléments cellulaires et très pauvre en substance intercellulaire. On y rencontre des vaisseaux réduits à l'état de simples lacunes. Le tissu revêt à peu près partout une grande uniformité.

Les éléments de la tumeur sont, pour le plus grand nombre, fusiformes avec un noyau de même forme. Cependant on en trouve de multipolaires. Il n'existe ni cellules gigantesques, ni monstruosité très accentuées. On n'observe ni nécrose, ni infiltration hémorragique, ni dégénérescence myxomateuse, ni pigmentation.

La tumeur ne contient pas trace d'épithélium ni de tissu lymphoïde.

Mais il est remarquable qu'elle contient, inclus au sein de son tissu sarcomateux, des éléments musculaires striés, petits, mais en état de conservation parfaite, avec striation bien visible et réactions colorantes normales. Ces fibres musculaires n'existent qu'en un petit nombre de points.

Les caractères de la tumeur paraissent ceux d'un sarcome, voué, sinon à une évolution très maligne, du moins à un développement local progressif.

Conclusions. — Tumeur de constitution très exceptionnelle. Sarcome fuso-cellulaire à petites cellules, avec fibres musculaires striées, et d'une malignité au moins locale.

La fillette a été revue dernièrement, c'est-à-dire deux ans et demi après l'opération. Elle est en parfait état de santé. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXXVII.

Sarcome à cellules variées, Lücke, 1886.

Homme de 36 ans. Depuis sept ans développement dans la *moitié gauche* de la langue d'une tumeur non douloureuse, grosse comme une noix et encapsulée. Excision. Au microscope : cellules rondes et fusiformes, dégénérescence hyaline. Centre calcifié.

OBSERVATION XXXVIII.

Sarcome, Mandillon, 1888.

Jeune fille de 21 ans. En janvier 1888, petite tumeur interstitielle de la grosseur d'un pois située *sous la langue*. Enucléation au galvanocautère. Trois mois après, récurrence d'un volume double, nouvelle opération au bistouri avec cautérisation. Nouvelle récurrence quelques mois après. Opération large au thermocautère. Microscope : aspect et couleur d'un petit sarcome. Depuis, la guérison s'est maintenue. L'oncle de la jeune malade avait été opéré d'un sarcome de la cuisse.

OBSERVATION XXXIX

Sarcome à cellules fusiformes, Berger et Marion, 1896.

Jeune homme âgé de 17 ans. Début, il y a six mois, par morsures fréquentes de la langue, d'où quelques filets sanguins. Puis un peu de gêne de la phonation et de la mastication. Sur le *côté gauche* de la langue, à trois centimètres en arrière de la pointe, tumeur indolente de la grosseur d'une noisette, largement pédiculée; ulcérée par des chicots. Des deux côtés, un ganglion sous-maxillaire gros comme une olive. Biopsie. Cellules fusiformes. Excision large sans ablation ganglionnaire. Un mois après, nouvelle tumeur pédiculée, ulcérée. Augmentation des ganglions. Ablation large de la tumeur et des ganglions, qui sont reconnus enflammés et non sarcomateux. Un mois après, nouvelle récurrence toujours pédiculée et indolente. Pas de ganglions. Après incision de la joue et section du maxillaire gauche, la

plus grosse partie de la langue est enlevée au thermocautère. Quatre semaines après nouvelle récurrence sous forme pédiculée. Excision. Six mois après, guérison maintenue.

OBSERVATION XL.

Sarcome à cellules polymorphes, Marullaz, 1905.

Individu de 2 ans et demi. Tumeur pédiculée, grosse comme une noix. Au microscope : cellules polymorphes.

OBSERVATION XLI.

Myxosarcome, Matrisimone, 1903.

Femme de 55 ans. Tumeur du *bord droit* de la langue. Excision. Au microscope : myxosarcome né dans la sous-muqueuse, mais qui laisse la musculature intacte. Plusieurs récurrences. Suites opératoires non connues.

OBSERVATION XLII.

Sarcome fusio-cellulaire, Melchior Robert, 1896.

Femme de 64 ans. Depuis trois mois gêne des mouvements de la langue, s'accroissant quand le sujet parle ou déglutit. Quelques suintements sanguinolents. Examen : tumeur du *bord droit* de la langue, pédiculée, ferme, du volume d'une grosse noix, recouverte de petites ulcérations (chicots). Un ganglion sous-maxillaire non douloureux. Excision cunéiforme de la tumeur après incision de la commissure buccale. Au microscope : cellules fusiformes avec quelques cellules rondes. Pas de récurrence deux ans et demi après.

OBSERVATION XLIII.

Sarcome à cellules fusiformes, Mercier, 1890.

Homme robuste de 36 ans. Depuis huit ans petit noyau du dos de la langue à quelques millimètres en *arrière de la pointe*. Il a doublé l'année dernière et reste stationnaire depuis quatre mois. In-

dolent, largement pédiculé, aplati, de la grosseur d'une noix. Consistance ferme. Excision large de la tumeur. Au microscope : grandes cellules fusiformes à un ou plusieurs noyaux avec dégénérescence graisseuse au centre. Suites non connues.

OBSERVATION XLIV.

Angiosarcome, Ménétrier et Surmont, 1923.

Homme de 50 ans, porteur depuis un temps indéterminé d'une tumeur de la langue, grosse comme une lentille. Récemment, elle est devenue douloureuse et a augmenté de volume. Excision. Au microscope : travées conjonctives assez minces séparant des cavités sanguines tapissées d'épithélium aplati. Dans l'une d'elles on voit une petite masse, s'insérant en un point de la paroi, constituée d'éléments conjonctifs : cellules fusiformes orientées dans tous les sens. Les suites opératoires ne sont pas connues.

OBSERVATION XLV.

Sarcome, Meyer, 1891.

Homme âgé de 34 ans. Présente une tumeur de la *partie postérieure* de la langue, de l'amygdale droite et du pharynx. Douleurs intolérables qui font demander l'intervention au patient. Trachéotomie. Ligature de la carotide externe droite. Extirpation de toute la langue, de l'amygdale, de l'épiglotte et de la partie droite du pharynx. Cathéter mou à travers la plaie de l'œsophage pour nourrir la malade. Quelques temps après, guérison. Peut manger et articuler assez distinctement pour être compris.

OBSERVATION XLVI.

Sarcome à cellules fusiformes, Mikulicz et Michelson, 1888

Femme âgée de 24 ans. Il y a trois mois, voit apparaître un tubercule gros comme une tête d'épingle, sur *le dos* de la langue. Pas de douleur; ni de troubles de la parole, ni de la déglutition, mais

saigne facilement. Examen : tumeur pédiculée, ferme, à un centimètre de la pointe, de forme aplatie et ayant un centimètre et demi de diamètre. Excision de la tumeur et cautérisation. Au microscope : cellules fusiformes. Dans les deux années suivantes, trois récidives opérées. Puis guérison.

OBSERVATION XLVII.

Sarcome à cellules fusiformes, Mikulicz et Michelson, 1888.

Homme de 57 ans. Début à droite, il y a six mois, d'une tumeur interstitielle, ferme, à muqueuse saine, de forme bilobée (Le sillon correspond au septum lingual). Pas de ganglion. Pas de douleur ni spontanée, ni au palper. Pas de gêne de déglutition. La langue tirée hors de la bouche ne peut y être ramenée qu'à l'aide du doigt. Amputation de la partie malade de la langue. Au microscope : cellules fusiformes. Trois récidives rapides avec ulcération superficielle opérées. Après la dernière opération : deux ans sans récidive.

OBSERVATION XLVIII.

Sarcome mixte, Murray, 1895.

Femme de 56 ans. Histoire d'une tumeur enlevée sous la langue il y a deux ans. Depuis cinq mois nouvelle tumeur douloureuse. Irradiation vers l'oreille droite. Tumeur, surtout du côté droit, envahissant le plancher de la bouche. Consistance dure, muqueuse intacte. Réaction ganglionnaire sous-maxillaire droite. Amputation totale de la langue et extirpation des ganglions après trachéotomie. Au microscope : cellules rondes et fusiformes. Deux ans après récidive nécessitant l'extirpation d'une partie du pharynx. Un an après, nouvelle récidive, excision. Six mois après, nouvelle récidive et mort.

OBSERVATION XLIX.

Sarcome à cellules fusiformes et rondes, Naegelé, 1900.

Fillette de 3 mois. Depuis la naissance, développement d'une tumeur, ni ferme ni molle, à la face inférieure du côté gauche de la

langue. Celle-ci est très augmentée de volume. Pas de gêne pour téter. Pas de ganglion. Au microscope : cellules fusiformes et rondes. Non opérée. Morte de pneumonie en huit jours.

OBSERVATION L.

Fibrosarcome, Onodi, 1893.

Jeune fille de 17 ans, présentant une tumeur de la grosseur d'une noisette à la base de la langue, ayant débuté il y a un mois. Examen d'une biopsie : fibrosarcome. Refus d'intervention. Un mois après pas de modifications. Suites inconnues.

OBSERVATION LI.

Fibrosarcome, Perkins, 1894.

Homme de 26 ans. A l'âge de 4 ans, petit nodule du dos de la langue qui met huit ans pour atteindre le volume d'une noix et reste stationnaire. A l'âge de 25 ans, accroissement rapide du côté droit. Extirpation. Au microscope : fibrosarcome. Un an après récidive et la tumeur devient énorme. Pas d'ulcération ni de ganglions. Deuxième opération. Excision de la langue. Récidive ganglionnaire un an après. Suites non connues.

OBSERVATION LII.

Sarcome, Perman, 1894.

Femme âgée de 30 ans. Depuis huit mois, de temps en temps filets de sang dans la salive et légère gêne dans la gorge. Rien n'apparaît à l'inspection. Ce n'est que quelques mois après qu'on découvre une petite tumeur à la base de la langue, qui se met à augmenter et atteint le fond du pharynx. Une biopsie indique la nature sarcomateuse de la lésion. Le mari refusant l'intervention, on fait, après trachéotomie, des injections de pyocétanine au niveau du point d'implantation (une injection de un à deux grammes de solution au 1/1500^e tous les deux à trois jours). Après la cinquième injection la tumeur devient plus petite et plus nettement pédiculée.

Alors excision de la partie saillante à l'aide du galvanocautère. On fait en tout 31 injections. Guérison maintenue un an et demi après

OBSERVATION LIII.

Sarcome à cellules fusiformes, Poncet, 1888.

Homme de 32 ans. Tuméfaction de la langue il y a huit ans, débutant à *gauche*. La langue devient rapidement énorme, gêne la phonation, la déglutition et la respiration. Une incision, ramenant du pus fétide, fait diminuer tous les symptômes. Six ans après la tumeur persistait, toujours indolente. Trois ponctions exploratrices ne donnent rien. Refus d'intervention. Deux ans après, la tumeur s'accroissant, opération. Examen : tumeur de la grosseur d'une orange (400 grammes) empêchant la langue de sortir. Consistance dure. Muqueuse intacte, adhérente par endroits. Extirpation de la tumeur assez nettement encapsulée. Au microscope : petites cellules fusiformes dans une substance fondamentale homogène, finement granulée. Quatre ans après pas de récurrence.

OBSERVATION LIV.

Fibrosarcome, Prota, 1902.

Homme de 62 ans. Tumeur de la *base* de la langue grosse comme un œuf, pédiculée. Excision. Récurrence un an après. Suites inconnues

OBSERVATION LV.

Sarcome, Rätze, 1891.

Enfant âgé de 11 ans. Tumeur de la langue. Sans détail. Au microscope : sarcome sans description. Extirpation. Quatre ans sans récurrence.

OBSERVATION LVI.

Angiosarcome, Santesson, 1887.

Homme âgé de 31 ans. Tumeur interstitielle, se développant depuis trois ans et occupant la *moitié gauche* de la langue. Ganglions paro-

tidiens gauches tuméfiés. Muqueuse amincie, sans adhérence. Au microscope : amas de cellules séparées par des fibrilles de tissu conjonctif. Nombreux vaisseaux. Par endroits, dégénérescence hyaline. Aucun renseignement sur le traitement ni sur les suites.

OBSERVATION LVII.

Sarcome à cellules fusiformes, Shambough, 1902.

Homme de 38 ans. Il y a huit mois, légère douleur dans la région de l'os hyoïde. Salivation abondante. Depuis deux mois difficulté de déglutition des aliments solides, puis liquides (régurgitations par le nez). Gêne respiratoire et altération de la voix. Sur la *base gauche* de la langue, tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, saignant légèrement. Elle atteint les piliers. Elle est dure, ferme, élastique. Sur la ligne médiane et à droite on trouve une autre masse. Pas de ganglion ni d'ulcération. Etat cachectique. Biopsie. Au microscope : cellules fusiformes; par place gros foyers de nécrose; nombreux vaisseaux. Pas d'opération, le malade n'étant pas revenu.

OBSERVATION LVIII.

Sarcome à petite cellules rondes, Max Scheïer, 1892.

Homme de 28 ans. Depuis sept mois douleur de la langue et légers troubles de déglutition. Trois mois après ulcération et douleurs intenses avec irradiations vers le cou et l'oreille gauche. Apparition de dyspnée. Examen : sujet amaigri. Ce n'est qu'au laryngoscope qu'on arrive à voir le néoplasme qui a envahi toute la *base* de la langue et a la grosseur d'un œuf de poule. Consistance molle. Un ganglion sous-maxillaire gauche, gros comme un œuf de pigeon, roule sous le doigt. Trachéotomie. Trois jours après, intervention suivant le procédé opératoire de Langebeck. Trois semaines plus tard le malade est bien et se lève.

Au microscope : petites cellules rondes très serrées à gros noyau. Cinq semaines après, récurrence rapide avec envahissement du plancher buccal. Nouvelle opération. Huit semaines après, nouvelles métasta-

ses énormes de chaque côté du cou. Trachéotomie. Mort rapide de cachexie et d'inanition.

OBSERVATION LIX.

Sarcome à petites cellules rondes, Schulten, 1888.

Début il y a un mois, chez une femme de 32 ans, d'un sarcome gros comme un œuf de poule siégeant à la racine de la langue, et envahissant le pharynx, gêne de la déglutition. Trachéotomie. Incision au-dessus de l'os hyoïde, ligature des linguales et ablation de la tumeur. Au microscope : petites cellules rondes. Quitte le service guérie.

OBSERVATION LX.

Sarcome fusio-cellulaire, Serafini, 1909.

Femme de 34 ans. Tumeur interstitielle, de la grosseur d'une noix, élastique, indolente, sur le *bord gauche* de la langue. Blessure avec un morceau de plomb reçue à l'âge de 12 ans. La tumeur reste stationnaire vingt-deux ans, puis commence à grossir. Ulcération facilement saignante et engorgement de la région sous-maxillaire. Au microscope : cellules fusiformes. Exeision. Suites opératoires non connues.

OBSERVATION LXI.

Sarcome à petites cellules fusiformes, Stern, 1892.

Fillette âgée de 4 ans, idiote. Tumeur non ulcérée du volume d'une noisette sur le *bord droit* de la langue. Exeision. Microscope : petites cellules fusiformes. Un an et demi après, récidence de la grosseur d'une noix. Exeision cunéiforme large. Suites non connues.

OBSERVATION LXII.

Sarcome à petites cellules rondes, Targett, 1888.

Homme âgé de 61 ans. Tumeur remontant à un an. Perte de poids dans les derniers temps. Examen : à la *partie moyenne* de la langue,

masse séparée en deux par un sillon situé au milieu de l'organe, plus développé à gauche. Un ganglion sous-maxillaire volumineux. Pas de douleur. Pas de troubles de phonation, ni de déglutition, mais gêne des mouvements. Pas d'ulcération. Incision de la joue gauche en arrière de la commissure; la portion gauche de la langue est envahie ainsi qu'une portion du plancher de la bouche. Quinze mois après, récidive dans la région sous-maxillaire gauche, et sous l'apophyse mastoïde. Douleurs vagues dans la poitrine (rien à l'auscultation). Guérison de la langue. Trois mois après, mort par gêne respiratoire par compression des masses ganglionnaires du cou et probablement métastases pulmonaires. Au microscope : petites cellules rondes dans petite quantité de substance fondamentale granuleuse.

OBSERVATION LXIII.

Sarcome à cellules rondes et fusiformes, Targett, 1867.

Enfant âgé de 2 ans. Depuis sept semaines, sur *le dos* de la langue, à gauche, à quatre centimètres en arrière de la pointe, tumeur interstitielle, molle, mesurant deux centimètres. Muqueuse intacte. Pas de ganglion ni de douleur. Ronflement la nuit. Ablation incomplète d'où quatorze jours après récidive qui envahit le plancher de la bouche. Peu de temps après, mort. Au microscope : cellules rondes et fusiformes.

OBSERVATION LXIV.

Sarcome, Targett, 1873.

Enfant âgé de 10 mois. Il y a trois mois début d'une tumeur croissant rapidement et s'étendant de *la pointe* au plancher de la bouche. Saigne fréquemment. La tumeur enlevée, on constate sa nature sarcomateuse. Suites inconnues.

Cas pour lesquels les auteurs n'ont pas publié d'observation.

OBSERVATION LXV.

Sarcome, Wild, 1891.

Sarcome de la région du *frein* de la langue chez un jeune homme de 19 ans.

OBSERVATION LXVI.

Sarcome, Wild, 1891.

Sarcome du *dos* de la langue chez une femme de 60 ans

OBSERVATION LXVII.

Sarcome, Heath, 1899.

Extirpation d'un sarcome de la langue chez un homme de 78 ans, qui meurt quinze ans après.

OBSERVATION LXVIII.

Fibrosarcome, Ders.

Fibrosarcome du *dos* de la langue, dur, du volume d'un œuf de poule, chez un homme de 83 ans.

OBSERVATION LXIX.

Angiosarcome, Kaufmann, 1911.

Angiosarcome de la grosseur d'une cerise chez une fillette de 7 ans.

Observations qu'il ne nous a pas été possible de nous procurer.

OBSERVATION LXX.

Sarcome de la langue, Gerster, 1894.

OBSERVATION LXXI.

Sarcome de la langue, Heath, 1919.

OBSERVATION LXXII.

Sarcome de la langue, Goldstein, 1921.

OBSERVATION LXXIII.

Fibrosarcome de la langue, Brancati, 1923

Observations pour lesquelles le diagnostic est resté hésitant.

OBSERVATION LXXIV.

Sarcome à cellules rondes, Milton Foote, 1906.

Homme de 45 ans, présentant une augmentation de volume de la *partie antérieure* de la langue, surtout dans la moitié gauche. Excision cunéiforme. Réunion par première intention. Mais la langue recommence à grossir, et le côté droit lui aussi est atteint. Masse de consistance ferme, facile à délimiter. Ulcération d'origine dentaire, ganglions des deux côtés. Un fragment enlevé est soumis à l'examen de divers histologistes qui diagnostiquent « *macroglossie inflammatoire chronique* », d'autres « *sarcome à cellules rondes* », un autre « *tuberculose probable* ». Extirpation totale de la langue. Malade revu quelques mois après. Pas de récurrence.

OBSERVATION LXXV.

Sarcome, Wigin, 1906.

Femme de 23 ans. Depuis sept ans nodule de la *base* de la langue. Extirpation d'une tumeur encapsulée de trois à quatre centimètres de long. Examen histologique : « *Fibrome bénin* », Krumwiede; même diagnostic de Dunham; « *Fibrosarcome* », Jeffries; « *Fibrome* », Welch. Récurrence de neuf petites tumeurs séparées, et d'une

grosseur diffuse sur la cicatrice. Examen histologique : « Fibrome », Krumwiede; « Eléments sarcomateux dans la tumeur », Dunham; « Sarcome », Jeffries; « Fibrome, rhabdomyome possible », Welch. Rapide récidence. Traitement à la trypsine. Langue normale six ans après

TRAITEMENT

La nécessité de traiter les sarcomes de la langue découle de l'évolution fatale qu'ils prennent lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes. Les indications générales à remplir sont celles de toutes les tumeurs malignes : supprimer la tumeur primitive ainsi que les tissus voisins et les ganglions qui pourraient contenir des cellules néoplasiques.

Pour atteindre ce but, de quels moyens disposons-nous?

Moyens médicamenteux. — Ils n'ont été utilisés que dans les cas inopérables ou pour ceux dans lesquels l'intervention avait été refusée. Perman a ainsi obtenu l'énucléation d'un sarcome. Il injectait dans la base d'implantation de la tumeur, tous les deux jours au début, tous les cinq à six par la suite, deux centimètres cubes d'une solution de pyoctomine au 1/1500^e. On peut rapprocher de ce cas celui de Wigin qui, à la suite d'une première opération, vit une récurrence se produire sous la forme de neuf petites tumeurs séparées. Il en obtint la résolution par un traitement à la trypsine, traitement dont il n'indique pas l'application.

Ce sont évidemment là des traitements d'exception, qui sont loin d'avoir fait leur preuve.

Moyens physiothérapiques. — La radiothérapie et la radiumthérapie ont une efficacité démontrée sur la néoplasie sarcomateuse. Il est possible qu'il en soit de même pour la localisation linguale. Mais dans les observations que nous avons réunies, cette méthode thérapeutique n'a jamais été utilisée. Nous ignorons donc quels peuvent être ses effets.

Moyens chirurgicaux. — Ce sont eux qui sont le plus souvent

mis à contribution. Ils nous offrent le choix entre deux sortes d'opérations : les opérations larges, et les opérations partielles.

Les opérations larges, telles qu'on les pratique pour l'épithélioma de la langue, amputation de l'organe avec évidemment uni ou bilatéral du cou, ont rarement la faveur du chirurgien. Elles exposent en effet le patient à des dangers postopératoires graves, tels que l'asphyxie par chute de l'os hyoïde, ou par le passage d'aliments dans les bronches. D'autre part, les chances d'infection sont nombreuses avec une plaie très vaste située dans un milieu aussi infecté que la bouche, et la suppression de la langue constitue une mutilation épouvantable. Enfin si nous examinons les résultats obtenus dans les sept cas où cette intervention a été pratiquée, ils ne sont pas toujours très encourageants. Downie est resté sans nouvelles de son malade après l'opération. Les tumeurs des malades de Fisk et de Meyer n'avaient pas récidivé, l'une au bout de six mois, l'autre au bout d'un an et demi. Les autres résultats ont été moins heureux. Le patient de Perkins faisait une récurrence ganglionnaire, celui du professeur Albert de Vienne était enlevé deux jours après l'opération par une pneumonie. Quant à ceux de Littlewood et de Murray, ils mouraient d'une cachexie consécutive à une généralisation sarcomateuse.

Ces opérations larges paraissent donc peu indiquées pour le sarcome qui reste longtemps une maladie locale. Pour toutes ces raisons-là, nous voyons les opérations limitées beaucoup plus employées. L'extirpation, faite au galvanocautère ou au bistouri, doit toujours passer en tissu sain (1). Il va sans dire qu'on utilisera, toutes les fois qu'il sera possible, la voie buccale, voie qui pourra être agrandie par l'incision de Jaeger.

(1) Certains chirurgiens ont fait des hémisections de la langue et voici ce qu'a donné cette opération faite dans 6 cas. Chez le malade de Targett elle a été suivie de mort par cachexie. Deux malades de Butlin ainsi que ceux de Heath et de Kohl sont guéris. De même celui de Mac Burnay, mais celui-ci après une récurrence qui a nécessité une deuxième intervention. Dans tous les autres cas l'excision simple a été pratiquée.

Cette incision allant de la commissure buccale au masséter élargit considérablement le champ opératoire, et a l'avantage de laisser une cicatrice peu visible. Ce procédé a été choisi par Targett, Melchior Robert, Berger et Marion, Betke, Coughlin.

Il ne sera pas toujours suffisant, et il faudra alors recourir aux voies artificielles. Si la tumeur, très développée, est située à la base, et si elle a envahi le plancher de la bouche, on peut l'aborder par la voie sous-maxillaire au moyen d'une incision allant de la symphyse à l'angle de la mâchoire (Poncet) ou bien par la voie sus-hyoïdienne de Verneuil et Kocher, du menton à l'os hyoïde (Schulten). Enfin pour obtenir encore plus de jour, certains auteurs (Kohl) ont utilisé la voie trans-maxillaire de Langebeck, Roux et Sédillot qui ajoute à l'incision sus-hyoïdienne une section temporaire du maxillaire inférieur.

Sans doute ces opérations partielles exposeront-elles plus souvent aux récidives. Il ne faut pas trop s'en effrayer, car ces récidives, purement locales au début, pourront être traitées par une opération limitée et la guérison définitive a pu être obtenue ainsi, après quatre opérations successives pour les malades de Mikulicz et Michelson et de Marion, après trois opérations successives pour le malade de Mandillon, après deux pour celui de Fripp et Swan.

Quant aux ganglions, le diagnostic clinique d'engorgement inflammatoire ou sarcomateux étant à peu près impossible à faire, il semble préférable de les enlever, soit dans la même séance que l'opération linguale, soit dans une séance opératoire spéciale. Leur ablation est d'ailleurs illusoire la plupart du temps « car une fois dans le ganglion le sarcome d'affection locale est bien près de devenir affection générale » (Marion).

Maintenant que nous avons exposé les différents moyens qui ont été mis en œuvre pour combattre le sarcome de la langue, nous allons voir ce qu'ils ont donné dans 62 cas.

Résultats immédiats. — La guérison opératoire a toujours été obtenue dans des temps variant entre quinze jours et quatre à cinq semaines suivant le procédé opératoire appliqué, sauf dans trois cas. Deux de ces malades furent enlevés par une pneumonie dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Chez le troisième (Targett), on vit apparaître une récurrence le quatorzième jour, une opération incomplète n'ayant pas enlevé toute la tumeur.

Résultats éloignés. — Pour les étudier il nous faut écarter 28 opérés dont on est resté sans nouvelle après leur sortie de l'hôpital, ainsi que les deux malades dont nous avons précédemment parlé, enlevés par une pneumonie.

Sur les 32 opérés qui restent, 9 sont morts de généralisation et de cachexie dans des temps variant entre quatre ou cinq mois pour certains, des années pour d'autres (trois ans et demi après la première intervention pour la malade de Murray).

Les 23 autres sont déclarés guéris. Voici la durée de leur guérison mentionnée dans les observations :

Guérison de 6 mois à 1 an	: 9 cas, soit 25.3 %;
— de 1 an à 2 ans	: 5 cas, soit 15.9 %;
— de 2 ans à 3 ans	: 4 cas, soit 3.1 %;
— de 3 ans à 4 ans	: 5 cas, soit 15.9 %;
— de 6 ans	: 2 cas, soit 6.2 %;
— de 9 ans	: 1 cas, soit 3.1 %.

Mais peut-on parler de guérison dans tous ces cas ? Le malade de Fripp et Swan n'a-t-il pas fait une récurrence locale deux ans après sa première opération ? et n'est-ce pas après une période de trois ans que celui de Perkins vit réapparaître sa tumeur ?

Des récurrences aussi tardives sont malgré tout rares, et il semble qu'après trois ans sans retour de la tumeur, la guérison peut être considérée comme définitive.

CONCLUSIONS

Le sarcome de la langue, tout à fait différent du lymphosarcome, est une tumeur rare.

Son étiologie propre n'est pas connue. Comme tous les sarcomes, son maximum de fréquence se rencontre chez des sujets âgés de moins de quarante ans. Nous insistons sur la forte proportion des cas congénitaux qui arrivent au pourcentage élevé de 10.7. L'homme est plus souvent atteint que la femme.

Tantôt interstitiel, tantôt sous-muqueux, tantôt pédiculé, il présente une forme anatomique et une consistance variable.

Toutes les formes histologiques, même le sarcome à myéloplaxes, peuvent se trouver, mais il existe une prédominance très marquée des formes à cellules fusiformes et à cellules rondes.

La réaction ganglionnaire, le plus souvent inflammatoire, peut être également sarcomateuse. Cette dernière semble moins exceptionnelle que pour les sarcomes des autres organes.

Les symptômes les plus accusés sont les symptômes mécaniques dus au siège et au volume de la tumeur.

L'évolution est généralement rapide.

Le pronostic est sérieux; cependant il paraît moins grave que pour les autres localisations sarcomateuses.

Le diagnostic, difficile cliniquement, sera fait le plus souvent par l'examen histologique.

Quant au traitement, l'amputation totale de la langue étant une opération grave, et ne mettant pas le patient à l'abri d'une récurrence d'une façon absolue, il vaudra mieux faire une opération partielle avec ablation ganglionnaire. La récurrence locale peut guérir après une ou plusieurs nouvelles extirpations limitées.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
ROCHER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 25 juin 1925.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBÉ. — *Ann. of surgery*, 1894.
- ALBERT. — *Wiener medic. Presse*, 1883.
- ALOÏ. — *Riforma medic. napolì*, 1921.
- BAASTRUP. — *Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1912, t. XXVI.
- BARKER. — *Holmes System of surgery*, vol. II, p. 576.
- BARTING. — *Brit. med. Journal*, 1897, Bd I, p. 297.
- BAUDOUIN. — *Revue de stomatologie*, 1903, p. 424.
- BETKE. — *Beiträge für Klinischen Chirurgie*, 1915, p. 403.
- BLANC. — *Loire médicale*, 1912, t. XXXI, n° 3, p. 149.
- BRANCATI. — *Tumori Roma*, 1922-1923, p. 336.
- BURNAY (M.). — *Brit. med. Journal*, 1893.
- BUTLIN. — *Lancet*, 26 mars 1887, p. 623.
— *Maladies de la langue*, 1900, p. 302.
- CHANU. — Thèse de Paris, 1902-1903.
- CHEATLE. — *Medic. Press.*, 4 juillet 1906.
- COUGHLIN. — Deux cas dans le *Journ. Am. med. Ass. Chicago*, 1915, p. 291.
- DANIEL et MAUTÉ. — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1904, LXXIV, p. 581.
- DELBANCO. — *Munch. med. Wochenschrift*, 1898.
- DEBS. — *Med. chir. Soc. Glasgow med. Journ.*, 1900.
- DOWNIE. — Deux cas dans le *British med. Journ.*, 1899, t. II, p. 1065.
- DUNHAM. — *The American Journal of medical sciences*, septembre, 1893, p. 259.
- EVE. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1886, vol. XXXVII p. 223.

- FIEDLER. — *Ztschr. f. Med. Chirurg. und Geburtsh.*, 1864, CXI, p. 305.
- FISK. — *New-York surg. Soc. Annals of surgery*, 1903.
- FOOTE (M.). — *The American Journal of the medical sciences*, t. CXLIII, p. 198-1911.
- FRANCHOMME. — Thèse de Leleux, Lille, 1902-1903.
- FRIPP et SWAN. — *Guy's hosp. reports*, t. LVII, 1902.
- GERSTER. — *Ann. of surgery*, 1894.
- GODLEE. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1887, I, 38, p. 346.
- GOLDSTEIN. — *Med. Times N.-Y.*, 1921, t. XLIX, p. 158.
- GROSS. — *Philadelph. med. Times*, avril 1872, p. 272.
- HEATH. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1896, t. XX, p. 167.
- *Lancet*, mai 1899.
- HEATH (W.-E.). — *St. Barth. Hospice J. London*, 1918-1919, t. XXVI, p. 54.
- HÜTER. — *Berl. Klin. Wochenschrift.*, 1861, p. 346.
- JACOBI. — *The american Journal of obs'etr.*, 1869, p. 81.
- KAUFMAN. — *Lehrb. der Pathol. Anat.*, 1911, p. 368.
- KEENAN. — *Annals of surg.*, 1904.
- KOLH. — Thèse de Bonn, 1903.
- LICHTWITZ. — *Allgem. Wien. med. Ztg.*, 1899, n° 5.
- LITTLEWOOD. — *Brit. m. Journ. path. Soc. of London*, 1898.
- LOUBAT (Dr). — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 février 1923, p. 131.
- LÜCKE. — *Jahresbericht v. Virchow-Hirsch*, 1866, p. 173.
- MANDILLON. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888.
- MARION et BERGER. — *Revue de chirurgie*, 1897.
- MARULLAZ. — *Zentralbl. f. allg. Path. med. path. Anat.*, 1905, p. 991.
- MATRISSIMONE. — *Policlin. soc. chirurg.*, 1903, n° 11.
- MELCHIOR (Robert). — *Revue de chir.*, 1899, n° 4.
- MERCIER. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, n° 4.
- MÉNETHIER et SURMONT. — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, Paris, 1923, p. 4.
- MEYER. — *New-York med. Journ.*, 1892.
- MIKULICZ et MICHELSON. — *All. d. Krkt. der mund und Rachenhöhb*, 1892 (2 cas).

- MURRAY. — *Annals of surgery*, 1893, p. 271.
NAEGELÉ. — *Dissertation Kiel*, 1900.
ONODI. — *Revue de laryngologie*, 15 octobre 1893.
PERKINS. — *Annals of surgery*, 1896.
PERMAN. — *Buffalo medical and surgical Journ.*, 1894, p. 148.
PONCET. — *Lyon médical*, 20 mai 1888.
PROTA. — *Arch. ital. di otolog.*, 1902.
RÄTZE. — *Dissert. Erlangen*, 1891.
SANTESSON. — *Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1887, t. I, p. 280.
SHAMBOUGH. — *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1902.
SCHEÏER (M.). — *Berl. Klin. Wochenschrift.*, 1892, n° 24.
SCHULTEN. — *Fuiska Läkaresallkapets*, 1888, p. 680.
SERAFINI. — *Academia di medicina di Torino*, 30 avril 1909.
STERN. — *Deutschen medical Wochenschrift.*, 2 juin 1892.
TARGETT. — *Guy's hosp. reports*, 1867, 1873, 1890 (3 cas).
WILD. — *Deux cas dans Diss. München*, 1891.

